

## MODELLO DI PRESENTAZIONE LISTA CANDIDATI

### ELEZIONE SUPPLETIVA DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE PROV. DEI FISIOTERAPISTI DI MESSINA QUADRIENNIO 2023-2027 -

Il/La sottoscritt\_, iscritt\_ all'Ordine della professione sanitaria di fisioterapista di

\_\_\_\_\_

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

INDIRIZZO PEC

NUMERO ISCRIZIONE ORDINE

DATA E LUOGO NASCITA

ESTREMI DOCUMENTO n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

RICONOSCIMENTO rilasciato da \_\_\_\_\_

dichiara

- di essere presentatore della lista per il Collegio dei revisori, denominata

“ \_\_\_\_\_ ”;

- che la lista elettorale ha come proprio simbolo l'allegato logo (formato jpg, tif, psd, bmp, psd.);

- di conoscere il Regolamento elettorale e impegnarsi a rispettarne le norme anche in riferimento alla denominazione della lista e caratteristiche del logo (art. 7 regolamento elettorale);

- di allegare la seguente documentazione:

a) n. \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) accettazioni di candidature alla carica di componente del Consiglio direttivo / Collegio dei revisori, con i relativi documenti di identità;

b) n. \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) sottoscrizioni di appoggio alla lista, con i relativi documenti di identità dei sottoscrittori;

d) elenco dei candidati;

c) documento di identità del presentatore della lista;

d) eventuale logo.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

MODELLO ACCETTAZIONE CANDIDATURA PER CIASCUN CANDIDATO DI LISTA<sup>2</sup>

ELEZIONE SUPPLETIVA DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE PROV.  
DEI FISIOTERAPISTI DI MESSINA  
- QUADRIENNIO 2023-2027 -

Il/La sottoscritt\_  
COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

INDIRIZZO PEC

NUMERO ISCRIZIONE ORDINE

DATA E LUOGO NASCITA

ESTREMI DOCUMENTO n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

RICONOSCIMENTO rilasciato da \_\_\_\_\_

dichiara di:

- essere iscritto/a all'Ordine della professione sanitaria di \_\_\_\_\_;
- candidarsi alla carica di componente del Collegio dei revisori nella lista denominata " \_\_\_\_\_";
- conoscere il Regolamento elettorale e impegnarsi a rispettarne le norme.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CANDIDATO/A

\_\_\_\_\_

Si allega alla presente il documento di identità del candidato.

<sup>2</sup> Dafarcompletareesottoscriveredaciascuncandidato,indicandol'organoperilqualeciscandida.

MODELLO PER LA RACCOLTA DELLE SOTTOSCRIZIONI PER LISTA

ELENCO DEI SOTTOSCRITTORI<sup>3</sup>

I sottoscritti,

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	FIRMA

iscritti all'Ordine dichiarano di sottoscrivere la lista dei candidati denominata  
“ \_\_\_\_\_ ”  
per l'elezione suppletiva del Collegio dei Revisori dell'Ordine della professione sanitaria  
di \_\_\_\_\_, formata dai seguenti candidati

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE

<sup>3</sup> Il numero delle sottoscrizioni è pari al numero dei componenti da eleggere per ciascun organo, come indicato nell'avviso di convocazione. Possono essere presentati più modelli di sottoscrittori.

ELENCO DEI CANDIDATI

ELEZIONE SUPPLETIVA DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE DELLA  
PROFESSIONE SANITARIA DI \_\_\_\_\_

- QUADRIENNIO 2023-2027 -

La lista denominata “ \_\_\_\_\_ ”, per  
l'elezione suppletiva Collegio dei revisori, per l'Ordine della professione sanitaria di  
\_\_\_\_\_, è così formata<sup>4</sup>:

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE

Data

FIRMA DEL PRESENTATORE

\_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Il numero massimo dei componenti da indicare nella lista per ciascun Consiglio direttivo/Collegio dei revisori è indicato nell'avviso di convocazione.